


บัญชีรายละเอียดแนบท้ายประกาศคณะกรรมการประเมินบุคคล
เรื่อง รายชื่อผู้ที่ผ่านการประเมินบุคคลเพื่อเลื่อนขั้นแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งประเภทวิชาการ
ระดับชำนาญการพิเศษ ของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี

ลำดับ ที่	ชื่อ - สกุล	ส่วนราชการ/ตำแหน่งเดิม	ตำแหน่ง เลขที่	ส่วนราชการ/ตำแหน่ง ที่ผ่านการประเมินบุคคล	ตำแหน่ง เลขที่	หมายเหตุ
๔	นางสมนึก ดากล่อม	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด		สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพชรบุรี โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี กลุ่มการพยาบาล กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก		
		พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)	๔๔๖๔๔	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)	๔๔๗๔๕	เลื่อนระดับ
	ชื่อผลงานส่งประเมิน	“การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า : กรณีศึกษา”				๑๐๐ %
	ชื่อแนวคิดในการพัฒนางาน	“การพัฒนาระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing)”				
	รายละเอียดเค้าโครงผลงาน	“แนบท้ายประกาศ” 				

ส่วนที่ ๒ ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน (ต้องเกี่ยวข้องกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง)

๑. เรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า : กรณีศึกษา

๒. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ - ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

๓. ความรู้ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

โรคจิตเภท หมายถึง โรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรม ที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะ โรคจิตเภทองค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยโรคทางกาย พบว่า เทียบเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา (Quadriplegia) ความสูญเสียมีค่าประมาณ ๐.๗ - ๑ เท่าของการสูญเสียความสามารถ โรคจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญในทางจิตเวชและสาธารณสุข เนื่องจากโรคนี้พบได้บ่อย มีความชุกประมาณร้อยละ ๐.๕ - ๑ ของประชากรทั่วไป การป่วยด้วยโรคนี้มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้ป่วย ทำให้ไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆได้ เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การเข้าสังคม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มป่วยตั้งแต่ระยะวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่กลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยที่สำคัญคือขาดการรักษาต่อเนื่อง ดังนั้น การดูแลเบื้องต้นด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคมร่วมกับญาติ มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยา จะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

แม้ว่าในปัจจุบันยังไม่สามารถระบุถึงสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่จากการศึกษา พบว่า มีปัจจัยหลายอย่างที่มีสัมพันธ์กับการเกิดโรค ได้แก่

๑. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factors)

แนวคิดด้านปัจจัยชีวภาพ เชื่อว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมอง (Brain disorder) โดยมีการศึกษาวิจัยที่พบหลักฐานทางชีวภาพสนับสนุนค่อนข้างมาก

๒. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

แนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยด้านจิตใจเชื่อว่า สภาวะทางจิต ความสามารถในการคิด ความรู้สึกผิดชอบ ลักษณะบุคลิกภาพ ประสบการณ์ในอดีต แรงจูงใจ การใช้กลไกทางจิตและความมีอำนาจในการควบคุมตนเอง มีผลต่อผู้ป่วยและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทได้

๓. ปัจจัยด้านบุคลิกภาพ (Personality factors)

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านบุคลิกภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า มีความสัมพันธ์กับบุคลิกภาพที่ผิดปกติ

๔. ปัจจัยด้านครอบครัว (Family factors)

แนวคิดด้านครอบครัว เชื่อว่า สภาพครอบครัว การเลี้ยงดูและสิ่งแวดล้อมในครอบครัวมีอิทธิพลต่อสภาพจิตใจของบุคคล ส่งผลต่อการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่

๔.๑ ภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (High expressed-emotion ; EE) มีผลต่อการกำเริบของโรค ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (Criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (Hostility) หรือจู้จี้ ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (Emotion Over involvement) (สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๕๗; Reddy & Keshavan, ๒๐๑๕; Thoburn & Sexton, ๒๐๑๖)

๔.๒ การศึกษาด้านครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวไม่ดี หรือมีการแสดงความคิดเห็นทางอารมณ์ระหว่างคนในครอบครัว (Emotional under-involvement) หรือมีปัญหาครอบครัวแตกแยก รวมทั้งต้องสูญเสียพ่อแม่ตั้งแต่เด็ก (Bray & Stanton, ๒๐๑๓; reddy&Keshavan, ๒๐๑๕)

๓. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สาเหตุและปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท (ต่อ)

๕ ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

จากการศึกษาด้านสังคมและวัฒนธรรม พบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท ได้แก่

๕.๑ ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท พบมากในผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจต่ำซึ่งมีสมมติฐานว่าอาจเป็นเพราะสภาพสังคมและเศรษฐกิจบีบคั้น ทำให้เกิดความเครียดและเป็นโรคจิตเภท (Social Causation hypothesis) (สมภพ เรื่องตระกูล, ๒๕๕๖; Baldwin, ๒๐๑๖; Castle & Buckley, ๒๐๑๕)

๕.๒ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) อธิบายว่า ในวัยเด็กของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีแนวโน้มการคิดอย่างไม่มีเหตุผล โดยเลียนแบบมาจากบิดา มารดา ซึ่งอาจมีปัญหาทางจิตใจ (Gray & Bjorklund, ๒๐๑๔; Myers & Dewal, ๒๐๑๕)

๕.๓ ผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่ามีความสัมพันธ์กับการใช้สุราและสารเสพติดต่างๆเป็นระยะเวลายาวนาน เมื่อผู้ป่วยดื่มสุราหรือใช้สารเสพติดเหล่านี้จนติดแล้ว หากไม่ได้ดื่มสุราหรือเสพสารเสพติดจะทำให้เกิดอาการแปรปรวนทางจิต (Lieberman et al, ๒๐๑๑; Sadock et al, ๒๐๑๕)

อาการของโรคจิตเภท ประกอบด้วย

๑. อาการด้านบวก (positive symptoms) ได้แก่

๑.๑ อาการหลงผิด (delusion) คือ การมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง ซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น การหลงผิดคิดว่ามีคนจะมาทำร้าย การหลงผิดคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่มีความสามารถพิเศษ เป็นต้น

๑.๒ อาการประสาทหลอนอย่างชัดเจน (prominent hallucination) คือ การกำหนดรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น โดยความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย

๑.๓ การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) คือ การพูดในลักษณะที่หัวข้อ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน เช่น การเปลี่ยนเรื่องพูดจากเรื่องหนึ่งไปสู่อีกเรื่องหนึ่ง ซึ่งไม่มีความสัมพันธ์กันเลย เป็นต้น

๑.๔ พฤติกรรมแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior) คือ พฤติกรรมที่ผิดแปลกออกไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า เล่นอุจจาระ เล่นปัสสาวะ เป็นต้น

๑.๕ พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากเดิม (catatonic behavior) เช่น การเคลื่อนไหวมากเกินไป หรือนิ่งอยู่กับที่

๒. อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่

๒.๑ อารมณ์ทื่อ (blunted affect) และเฉยเมย

๒.๒ ความคิดอ่านและการพูดลดลง

๒.๓ ขาดความสนใจในการเข้าสังคมและกิจกรรมที่เคยสนใจ

๒.๔ ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว

๓. อาการด้านการรู้คิด (cognitive symptoms) ได้แก่

๓.๑ ความสามารถในการจัดการ ตัดสินใจ การวางแผน (executive function) ลดลง

๓.๒ ความสามารถในการคงความใส่ใจ (attention) ลดลง

๓.๓ ความจำเพื่อใช้งาน (working memory) บกพร่อง คือความสามารถในการจดจำข้อมูลเฉพาะหน้าลดลง

๓. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

เกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (schizophrenia) ตามเกณฑ์การวินิจฉัย DSM - ๕

A มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ ๒ อาการขึ้นไป นาน ๑ เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ ๑ - ๓ อยู่ ๑ อาการ

(๑) อาการหลงผิด

(๒) อาการประสาทหลอน

(๓) การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (การพูดในลักษณะที่หัวข้อ วลี หรือประโยคที่กล่าวออกมาไม่สัมพันธ์กัน)

(๔) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน พฤติกรรม การเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด

(๕) อาการด้านลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น

B ระดับความสามารถในด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง ลดลงไปจากเดิมอย่างชัดเจนอย่างน้อย ๑ ด้าน

C มีอาการต่อเนื่องกันนาน ๖ เดือนขึ้นไป โดยต้องมี active phase (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน ๑ เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และรวมช่วงเวลาที่มียาอาการในระยะ prodromal หรือ residual phase โดยในช่วง prodromal หรือ residual phase อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ ๒ อาการขึ้นไป แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย เช่น คิดแปลกๆ หรือ มี อาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน

D ต้องแยกโรคจิตอารมณ์ โรคซึมเศร้า โรคอารมณ์สองขั้ว

E ต้องแยกอาการโรคจิตที่เกิดจากโรคทางกายและสารเสพติดออก

F ผู้ป่วยที่มีประวัติกลุ่มโรคออทิซึมติก หรือโรคเกี่ยวกับการสื่อสารตั้งแต่วัยเด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภท ก็ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนที่เด่นชัดเป็นเวลา อย่างน้อย ๑ เดือนร่วมด้วย

การดำเนินโรค

การดำเนินโรค แบ่งออกเป็น ๔ ระยะ คือ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, ๒๕๕๘)

๑. ระยะก่อนป่วย (Premorbid) มีลักษณะที่ประกอบด้วยอาการบกพร่องเล็กน้อยที่ไม่ชัดเจนของ Cognitive function ทำให้ระยะก่อนป่วยไม่สามารถใช้แยกผู้ที่จะเกิดอาการโรคจิตเภทในวันข้างหน้า ออกจากผู้ที่อยู่ในวัยเดียวกันที่ไม่ป่วยในวันข้างหน้าได้

๒. ระยะอาการนำ (Prodromal) เป็นระยะที่นำมาก่อนที่จะเกิดโรคจิต (Pre psychotic state) ระยะนี้อาจกินเวลาตั้งแต่ไม่กี่สัปดาห์จนถึงหลายปี โดยเฉลี่ยกินเวลา ๒ - ๕ ปี การทำหน้าที่จะบกพร่องอย่างชัดเจน และเพิ่มขึ้นเรื่อยๆเป็นลำดับ

๓. ระยะเกิดอาการโรคจิต (Psychotic หรือ Active phase) เป็นระยะที่เกิดอาการโรคจิต จะเริ่มในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่อาการเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเวลาหลายเดือนถึงหลายปี ขณะที่ผู้ป่วยอีกครึ่งหนึ่งอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่วันหรือไม่กี่สัปดาห์

๔. ระยะหลงเหลือ (Residual phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบและถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ระยะนี้อาการทางบวกจะน้อยลงแต่ยังคงมีอาการทางลบ

สรุป การดำเนินของโรคจิตเภท มีหลายระยะตั้งแต่เริ่มมีอาการบกพร่องเล็กน้อยที่ไม่ชัดเจน จนถึงมีอาการของโรคอยู่อย่างเรื้อรังจนไม่สามารถทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันได้ การช่วยเหลือสนับสนุนเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวกลับมาดีขึ้น และลดระดับความรุนแรงของอาการที่หลงเหลือต่างๆได้

๓. ความรู้ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การพยากรณ์โรค

การพยากรณ์โรคจิตเภทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เหมือนกัน แม้แต่เป็นโรคจิตเภทชนิดเดียวกันก็อาจมีการพยากรณ์โรคที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่เป็นสาเหตุ หรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อโรค การดำเนินโรคและสภาพจิตใจของผู้ป่วย รวมทั้งความร่วมมือในการรักษา สภาพแวดล้อม และสิ่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, ๒๕๕๘; มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๘; Castle & Buckley, ๒๐๑๕; Frith, ๒๐๑๕; Sadock et al, ๒๐๑๕; Schulz et al, ๒๐๑๖) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการพยากรณ์โรคจิตเภทแสดงไว้ในตารางดังนี้

ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	การพยากรณ์โรคดี	การพยากรณ์โรคไม่ดี
เพศ	หญิง	ชาย
พันธุกรรม	ไม่มี	มี
สถานภาพสมรส	สมรสไม่มีปัญหา	โสด หย่า หม้าย หรือสมรส(มีปัญหา)
สภาพเศรษฐกิจ	สูง	ต่ำ
อายุเมื่อเริ่มป่วย	อายุมาก	อายุน้อย
อาการที่เกิดขึ้น	เฉียบพลัน	ค่อยเป็นค่อยไป
ปัจจัยกระตุ้น	มีชัดเจน	ไม่ชัดเจน หรือ ไม่มี
อาการด้านอารมณ์	มี	ไม่มี
กลุ่มอาการเด่น	ด้านบวก	ด้านลบ
ชนิดของโรคกลุ่มย่อย	Paranoid , Catatonic	Disorganized , Undifferentiated
หน้าที่การงานเดิม	ดี	ไม่ดี
ประวัติครอบครัว	มีโรคทางอารมณ์	มีโรคจิตเภท
ญาติผู้ดูแลช่วยเหลือ	มี	ไม่มี
ระยะอาการก่อนการรักษา	เป็นไม่นาน	เป็นมานาน
ประวัติการใช้สารเสพติด	ไม่มี	มี
การตอบสนองต่อยา	ดี	ไม่ดี
ความร่วมมือในการรักษา	ดี	ไม่ดี
การดำเนินโรค	กำเริบน้อย	กำเริบหลายครั้ง

ที่มา : กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, ๒๕๕๘; มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๘; Sadock et al, ๒๐๑๕; Schulz et al, ๒๐๑๖

การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท

๑. การรักษาโดยใช้ยา

เป็นวิธีการแรกที่แพทย์ใช้ เพื่อควบคุมอาการหลงผิด ประสาทหลอน หรือพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรงและควบคุมอาการไม่ให้กำเริบซ้ำ ยาที่ผลิตออกมามีหลายชนิด จิตแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาเลือกยาที่เหมาะสมกับสภาพอาการของผู้ป่วยที่มารับการรักษาแต่ละราย โดยรูปแบบของยาจะเป็นรูปแบบยารับประทาน ยาฉีดระยะสั้น ยาฉีดระยะยาว และยาหยด

๒. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy : ECT)

เป็นการรักษาในรายที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรงหรือเรื้อรังที่รักษาทางยาและวิธีอื่นไม่ได้ผล ซึ่งการรักษาจะทำโดยแพทย์ และมีพยาบาลดูแลระหว่างการรักษาอย่างใกล้ชิด

๓. ความรู้ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภท (ต่อ)

๓. การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวในหลายๆด้าน จึงจำเป็นเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือในทุกด้าน มิใช่เพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น จำเป็นที่ผู้ให้การพยาบาลต้องมีลักษณะตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมายของสิ่งที่ได้รับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการสังคม โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลโรคจิตเภทประกอบด้วย

๑. หลักการพยาบาลทั่วไป ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลด้านร่างกายการพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลด้านสังคม

๒. แนวคิดด้านกระบวนการพยาบาล

หลักการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, ๒๕๕๔) ประกอบด้วย

๒.๑ การพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพยาบาลจึงต้องกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัยของตนเอง

๒.๒ การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราทราบความคิดของผู้ป่วย นอกจากนี้ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรมได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือ การให้ความจริงกับผู้ป่วยและส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง

๒.๓ การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดคือ อารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าทีนิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์ตอบสนองต่อเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์

๒.๔ การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยโรคจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมทางสังคมและการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องแก้ไข แม้ว่าเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยควาหวาดระแวงและการหลงผิด

สิ่งสำคัญของการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติกรพยาบาลตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและมีขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัว หรือแบบกลุ่มอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้

โรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder)

ความหมายหมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า และมีอาการมากเกือบตลอดทั้งวันเป็นเวลาต่อเนื่อง ตั้งแต่ ๒ สัปดาห์ขึ้นไป ผู้ป่วยมีอาการทุกข์ ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่การงาน เสียสมรรถภาพการทำงาน เสียความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้ป่วยมีความคิดหรือวางแผนฆ่าตัวตาย (นันทภักดิ์ ชนะพันธ์, ๒๕๖๓)

๓. ความรู้ความชำนาญงานหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

สาเหตุ

ยังไม่มีรายงานการศึกษาทั่วโลกการเกิดโรคอย่างชัดเจน แต่พบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคแบบชีวจิตสังคม เช่น ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมครอบครัวแตกแยก หรือพ่อแม่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน ประวัติโรคในกลุ่มวิตกกังวลหรือโรคซึมเศร้าในครอบครัว เป็นต้น และเกี่ยวข้องกับการเลี้ยงดูแบบมีทารุณกรรมเด็กหรือการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่สามารถทำให้เด็กพัฒนาความสามารถในการควบคุมอารมณ์ตนเองได้ การศึกษาทางชีวภาพพบว่าผู้ป่วยมีการทำงานของสมองในการตอบสนองต่อภาวะคับข้องใจบริเวณ amygdala striatum parietal cortex และ posterior cingulate ต่างจากเด็กที่ไม่เป็นโรคที่มีทักษะในการแก้ปัญหาชีวิต ซึ่งปัจจัยทางชีวภาพที่สำคัญของภาวะซึมเศร้าและการติดสุรา หรืออารมณ์เศร้าที่มีอาการรุนแรงหรือที่มีอาการทางจิตร่วมด้วย เช่น มีอาการหวาดระแวง มีสาเหตุส่วนหนึ่งจากพันธุกรรมและสารเคมีในสมองของผู้มีอาการซึมเศร้า

การพยาบาล

๑. การประเมินสุขภาพกายด้านการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักและความอยากอาหารการนอนหลับ ความเหน็ดเหนื่อย ไม่มีแรง อ่อนเพลีย

๒. การประเมินการใช้ยาให้ครอบคลุมทั้งปริมาณ ขนาด ความถี่ของการใช้ยา ยาอื่นๆ ที่ซื้อมารับประทานเอง เช่น สมุนไพรต่างๆ

๓. การประเมินทางด้านจิตสังคม สำหรับผู้ป่วยโรคซึมเศร้า จะต้องประเมินสภาพจิต (Mental status examination) อารมณ์และความรู้สึก กระบวนการคิดและเนื้อหาความคิด ความคิด ความจำ และสมาธิ

๔. การให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ความคิด อารมณ์ พฤติกรรม สัมพันธภาพกับผู้อื่น และที่สำคัญที่สุด คือ การป้องกันการฆ่าตัวตาย การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ศรัทธา และเชื่อมั่น กล้าที่จะเปิดเผยข้อมูลตนเองมากขึ้น ทำให้สามารถร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลต้องให้ความรู้ทั้งผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคซึมเศร้า สาเหตุ วิธีการรักษา กระบวนการรักษา การใช้ยาและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นกับการใช้ยา เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พร้อมทั้งจะรับการรักษา และสามารถที่จะกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ การที่ครอบครัวมีการปฏิบัติหรือดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย คอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจกันมากขึ้น มีความผูกพัน เกิดสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว (นันทภัก ชนะพันธ์, ๒๕๖๓)

การฆ่าตัวตาย (Suicide)

หมายถึง การกระทำที่ทำให้ตนเองเสียชีวิตโดยตั้งใจ บุคคลที่มีพฤติกรรมที่จะทำลายหรือมีพฤติกรรมที่จะทำให้ตนเองเสียชีวิตโดยไม่มีเจตนาจะตายจริงๆ ไม่ถือว่าเป็นการฆ่าตัวตาย จนกว่าจะได้รับข้อมูลว่าการกระทำนั้นๆ เป็นไปเพื่อจบชีวิต การศึกษาทางการแพทย์ พบว่า ผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ ๙ ใน ๑๐ มีความเจ็บป่วยทางจิตเวชอย่างใดอย่างหนึ่งขณะทำการฆ่าตัวตาย โดยมีสาเหตุสำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้าและการติดสารเสพติด แม้คนส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าอารมณ์ซึมเศร้าจะมีสาเหตุจากจิตใจและสังคมสิ่งแวดล้อม (นันทภัก ชนะพันธ์, ๒๕๖๓)

สาเหตุ

๑. ปัจจัยทางสังคมร่วมกัน เช่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ปัญหาความรักความสัมพันธ์ การหย่าร้าง ความรุนแรงรูปแบบต่างๆ

๒. ปัญหาทางจิตใจ จะมองว่าตนเองไร้ค่า ไม่มีความสามารถ เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง เบื่อหน่ายและเศร้าใจ

๓. ความรู้ความชำนาญหรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน (ต่อ)

การรักษา

๑. การรับไว้ในโรงพยาบาล ในกรณีมีความเสี่ยงที่จะทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่น มีอาการรุนแรง กระวนกระวายมาก ไม่กินอาหารจนผอมลงมาก ไม่ตอบสนองต่อการรักษาแบบผู้ป่วยนอก

๒. การรักษาด้วยยา

๓. การรักษาด้วยไฟฟ้า

๔. จิตบำบัด

๕. การรักษาอื่นๆ เช่น Sleep deprivation ร่วมกัน

(มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๘, ปราโมทย์ สุนิษย์, ๒๕๕๘)

การพยาบาล

๑. การสร้างความสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัดในแบบหนึ่งต่อหนึ่ง โดยให้การยอมรับในตัวผู้ป่วย ไม่ตัดสินใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย

๒. ต้องสื่อสารหรือรายงานแรงผลักดัน หรือจุดใจในการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยให้ผู้ร่วมงานได้รับรู้

๓. ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอดในช่วงวิกฤติแม้แต่เข้าห้องน้ำ

๔. การแสดงการยอมรับผู้ป่วยและไม่แยกผู้ป่วยออกไปอยู่คนเดียว แต่ควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่มีสิ่งที่เป็นอันตราย

๕. รับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูด โดยเฉพาะร่วมรับฟังความทุกข์ใจต่างๆ

๖. ทำข้อสัญญากับผู้ป่วยว่าจะไม่ทำอันตรายตนเอง การทำข้อสัญญาทำทั้งคำพูดและการเขียนข้อสัญญา

๗. ต้องทำผู้ป่วยรับรู้ได้ว่าชีวิตของเขายังมีความหวัง โดยความหวังนั้นควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริง

๘. จัดให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ได้ระบายออกของความก้าวร้าวต่างๆ

๙. ญาติหรือบุคคลสำคัญของผู้ป่วยควรได้รับความช่วยเหลือเช่นกัน เพราะญาติส่วนมากจะรู้สึกผิดและอายต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยญาติควรมารับรู้ปัญหาและหาทางช่วยเหลือในแนวทางที่เหมาะสม (กรมสุขภาพจิต, ๒๕๕๘)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติทางความคิด แต่มีผลกับการรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรมและสังคม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีความคิดและการรับรู้ไม่ตรงกับความเป็นจริง บางครั้งมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง ทำให้สังคมส่วนใหญ่มองผู้ป่วยในแง่ลบ เกิดความรู้สึกอคติ ถูกรังเกียจจากสังคม เป็นตราบาปติดตัวตลอดชีวิต (อรพรรณ บุญลือธวัชชัย, ๒๕๕๖) ซึ่งโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรังและรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถมากที่สุด พฤติกรรมที่เสื่อมถอยทำให้เกิดผลเสียต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การใช้ชีวิตในสังคมและเกิดความเสื่อมถอยในการทำหน้าที่ต่างๆ การดูแลต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้น โดยที่ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทแล้วมักไม่หายปกติเหมือนเดิม และยิ่งป่วยเรื้อรังนานเท่าไรจะยิ่งปรากฏภาวะความบกพร่องทางเชาวน์ปัญญาและความคิดมากขึ้นเท่านั้น ต้องการการดูแลตลอดชีวิต (ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังซึ่งส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัว เช่น บิดา มารดา พี่น้องและลูก จึงทำให้เกิดภาวะพึ่งพิงและเป็นภาระของครอบครัว (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, ๒๕๕๘; มาโนช หล่อตระกูล, ๒๕๕๘; ; Castle & Buckley, ๒๐๑๕; Frith, ๒๐๑๕; Sadock et al, ๒๐๑๕; Schulz et al, ๒๐๑๖)

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

หลักการและเหตุผล (ต่อ)

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นการปฏิบัติกรดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริม ป้องกันบำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและมีขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือแบบกลุ่มอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดีแบบองค์รวม การบำบัดรักษาจะใช้แนวทางร่วมกันทั้งการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้าและการบำบัดทางจิตสังคม เพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

๑. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าให้ได้รับบริการอย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ
๒. เพื่อนำความรู้จากการศึกษาเป็นแนวทางในการพัฒนาบริการและนิเทศทางการพยาบาลด้านสุขภาพจิต และจิตเวช

เป้าหมาย

๑. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการอย่างครอบคลุมแบบองค์รวมทุกมิติที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
๒. เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี ลดภาระการดูแลของญาติ
๓. เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

สรุปสาระผู้ป่วยกรณีศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทยวัย ๓๕ ปี สถานภาพโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ ระดับการศึกษาปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง น้ำหนัก ๗๕ กิโลกรัม ส่วนสูง ๑๕๔ เซนติเมตร ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตเป็นโรคจิตเภท (residual schizophrenia) มารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ตั้งแต่ปีพ.ศ. ๒๕๕๙ เคยมีประวัติพยายามกินยาเกินขนาดแต่ญาติมาแย่งได้ เมื่อเดือนกันยายน ๒๕๖๕ ไม่มีประวัติการแพ้ยา ไม่แพ้อาหาร ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงใดๆ ไม่มีประวัติการใช้สารเสพติด ไม่เคยสูบบุหรี่ ไม่เคยดื่มสุรา ไม่เคยได้รับการผ่าตัด ภูมิลำเนาอยู่จังหวัดเพชรบุรี วันที่ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖ เวลา ๒๓.๐๐ น. ญาตินำส่งห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ด้วยประวัติ ๓ ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล Clozapine ๒๕ mg จำนวน ๑๐ เม็ด มีอาการซึมลง อ่อนเพลีย แกร็บ รับ T ๓๖.๘ องศาเซลเซียส PR ๙๔ ครั้ง/นาที RR ๑๘ ครั้ง/นาที BP ๑๔๑/๘๓ mmHg O₂ sat ๙๗ % ตรวจร่างกาย GA slow to response Neuro E๒M๔V๔ ส่ง admit ที่ตึกอายุรกรรมหญิง ให้ NSS ๑๐๐๐ CC เข้าเส้น ขนาด ๑๐๐ มิลลิลิตร/ชั่วโมง งดน้ำงดอาหาร ส่งเลือดตรวจ CBC, BUN, Cr, Electrolyte ผลการตรวจปกติ LFT พบค่า AST ๙๗ u/L และ ALT ๑๘๗ u/L สูงกว่าปกติ แพทย์ส่ง consult ศูนย์พิษวิทยา ให้ monitor EKG ไร้ค่าปกติ วันที่ ๑๕ มิถุนายน ๒๕๖๖ อาการดีขึ้น รู้สึกตัวดี รับประทานอาหารได้ปกติ ส่ง consult จิตแพทย์ จากการพูดคุย ผู้ป่วยให้ประวัติว่าเมื่อประมาณ ๓ สัปดาห์ที่ผ่านมา มีความคิดอยากตาย เศร้า เหงา เนื่องจาก ลุงเสียชีวิต ผู้ป่วยเป็นคนดูแลลุงทุกวันเนื่องจากลุงป่วยติดเตียง และวันเกิดเหตุทะเลาะกับพี่สาวลูกพี่ลูกน้อง จึงตัดสินใจกินยาเกินขนาด ประเมินภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยปฏิเสธ ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเอง ไม่มีอาการหูแว่ว ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาตามแผนการรักษา และทำประวัติส่งเยี่ยมบ้าน ให้ทีมชุมชนเพื่อติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง แพทย์จำหน่ายกลับบ้านได้ ยาก่อนกลับบ้านให้ยาเดิมที่เคยรับประทาน นัดติดตามอาการ

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปสาระผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

วันที่ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖ ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามนัดที่ OPD จิตเวช โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี อาการปัจจุบัน รู้สึกปวดหัวทุกวันช่วงบ่ายๆ รู้สึกหงุดหงิดง่าย เวลาหงุดหงิดมากๆจะตีป่า ไม่มีทำร้ายตนเอง อยากไปอยู่สถานสงเคราะห์เพราะคิดว่าที่บ้านมีแต่ผู้ป่วย (ผู้ป่วยเป็นเบาหวาน) ทำให้ตนเองเครียด มีหูแว่วเป็นบางครั้งเป็นเสียงคนข้างบ้านพูดถึงตนเอง นินทาตนเอง แกร็บ T ๓๖ องศาเซลเซียส PR ๑๐๖ ครั้ง/นาที RR ๒๐ ครั้ง/นาที BP ๑๑๒/๖๔ mmHg ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ Q = + VE ๙ Q = ๔ คะแนน ๘ Q = ๔ คะแนน ไม่พบภาวะซึมเศร้า ไม่พบความคิดอยากทำร้ายตนเอง ส่ง lab พบค่า AST ๙๕ u/l และ ALT ๑๖๖ u/l สูงกว่าปกติ (ค่าลดลงจากเมื่อ ๑๔ มิถุนายน ๒๕๖๖) CBC ผลปกติ แพทย์วินิจฉัย Residual schizophrenia และ Major Depressive Disorder การรักษาที่ได้รับ ๑. Artane ๒ mg ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า - เย็น , ๒. Sertraline ๕๐ mg ๑ เม็ด หลังอาหารเช้า , ๓. Lorazepam ๐.๕ mg ๑ เม็ด ก่อนนอน , ๔. Valproate ๒๐๐ mg ๑ เม็ด ก่อนนอน , ๕. Clozapine ๑๐๐ mg ๑ เม็ด ก่อนนอน , ๖. Perphenazine ๔ mg ๑ เม็ด ก่อนนอน , ๗. Amitriptyline ๒๕ mg ๑ เม็ด ก่อนนอน ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาตามแผนการรักษา และให้กำลังใจ นัดติดตามอาการครั้งต่อไปวันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖

วันที่ ๑๘ สิงหาคม ๒๕๖๖ มาพบแพทย์ตามนัดที่ OPD จิตเวช อาการแรกรับ มีรู้สึกหงุดหงิดบ้างเวลาที่ ไม่ได้ทำอะไร คิดอยากจะออกไปทำงานนอกบ้านเพื่อที่จะได้มีรายได้ อาการหูแว่วลดลงจะมีอาการหูแว่วในวันที่ ตีหมาแพ่ ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น T ๓๖ องศาเซลเซียส PR ๑๐๒ ครั้ง/นาที RR ๒๐ ครั้ง/นาที BP ๑๓๖/๘๕ mmHg ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ Q = ๐ ๙ Q = ๐ คะแนน ๘ Q = ๔ คะแนน ไม่พบภาวะซึมเศร้า ไม่พบความคิดอยากทำร้ายตนเอง ส่ง lab พบค่า AST ๕๕ u/l และ ALT ๙๐ u/l สูงกว่าปกติ (ค่าลดลงจากเมื่อ ๕ กรกฎาคม ๒๕๖๖) แพทย์วินิจฉัย Residual schizophrenia และ Major Depressive Disorder แพทย์ให้การรักษายาเดิม ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาตามแผนการรักษา และให้กำลังใจ นัดติดตามอาการครั้งต่อไป ๒ เดือน

วันที่ ๒๙ กันยายน ๒๕๖๖ มาพบแพทย์ก่อนนัด ที่ OPD จิตเวช อาการแรกรับ ผู้ป่วยแจ้งมีอาการปวดศีรษะทุกวันช่วงบ่าย กินยา paracetamol ๕๐๐ mg ๑ เม็ดเกือบทุกวันมาประมาณ ๑ สัปดาห์ หลังกินยาอาการปวดศีรษะดีขึ้น มีรู้สึกหงุดหงิดบ้างเวลาที่ ไม่ได้ทำอะไร คิดอยากจะออกไปทำงานนอกบ้านคิดอยากมีรายได้ ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น รับประทานอาหารได้ นอนหลับ ได้หลังรับประทานยา T ๓๖ องศาเซลเซียส PR ๑๐๒ ครั้ง/นาที RR ๒๐ ครั้ง/นาที BP ๑๔๐/๘๕ mmHg ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ Q = ๐ ๙ Q = ๐ คะแนน ๘ Q = ๔ คะแนน ไม่พบภาวะซึมเศร้า ไม่พบความคิดอยากทำร้ายตนเอง แพทย์วินิจฉัย Residual schizophrenia และ Major Depressive Disorder แพทย์ปรับการรักษา โดย off Perphenazine ๔ mg ๑ เม็ด ก่อนนอนปรับเป็น Chlormazine ๒๕ mg ๑ เม็ดก่อนนอน แทน และเพิ่ม Sertraline ๕๐mg ๑ เม็ด หลังอาหารเช้าเป็น Sertraline ๕๐mg ๑.๕ เม็ด หลังอาหารเช้าอื่นๆเหมือนเดิม ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาตามแผนการรักษา และให้กำลังใจ นัดเดิม ๒ เดือน

วันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๖ มาพบแพทย์ก่อนนัด ที่ OPD จิตเวช อาการแรกรับ ผู้ป่วยแจ้งมีอาการเครียด เรื่องไม่ได้ทำงาน ไม่มีรายได้ รู้สึกเป็นภาระของผู้อื่น นอนไม่ค่อยหลับ ไม่มีอาการหูแว่ว ไม่มีหวาดระแวง ไม่มีซึมเศร้า ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น รับประทานอาหารได้ T ๓๖.๕ องศาเซลเซียส PR ๑๑๑ ครั้ง/นาที RR ๒๐ ครั้ง/นาที BP ๑๒๙/๘๘ mmHg ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ Q = ๐ ๙ Q = ๐ คะแนน ๘ Q = ๔ คะแนน ไม่พบภาวะซึมเศร้า ไม่พบความคิดอยากทำร้ายตนเอง แพทย์วินิจฉัย Residual schizophrenia และ Major Depressive Disorder แพทย์ปรับการรักษาโดย off Lorazepam ๐.๕ mg ๑ เม็ด ก่อนนอนเดิมปรับเป็น

๔. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน (ต่อ)

สรุปสาระผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

Lorazepam ๑ mg ๑ เม็ด ก่อนนอนแทน ยาอื่นๆเหมือนเดิม ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาตามแผนการรักษา และให้กำลังใจ นัดเดิม ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๖

วันที่ ๒๙ พฤศจิกายน ๒๕๖๖ มาพบแพทย์ตามนัด ที่OPDจิตเวช อาการแรกเริ่ม ผู้ป่วยแจ้งมีอาการหูแว่วเป็นเฉพาะช่วงดึกๆ ไม่มีหวาดระแวง มีปวดศีรษะเป็นประจำ ไม่มีซึมเศร้า ไม่มีความคิดอยากทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น รับประทานอาหารได้ T ๓๖.๕ องศาเซลเซียส PR ๑๒๐ ครั้ง/นาที RR ๒๐ ครั้ง/นาที BP ๑๒๘/๘๐ mmHg ประเมินภาวะซึมเศร้า ๒ Q = ๐ ๔ Q = ๐ คะแนน ๘ Q = ๔ คะแนน ไม่พบภาวะซึมเศร้า ไม่พบความคิดอยากทำร้ายตนเอง แพทย์วินิจฉัย Residual schizophrenia และ Major Depressive Disorderแพทย์สั่งทำ CT scan brain ผลการตรวจไม่พบความผิดปกติ แพทย์ให้ยาเดิม ให้คำแนะนำผู้ป่วยและญาติเรื่องการปฏิบัติตัวและการรับประทานยาตามแผนการรักษา และให้กำลังใจ นัดติดตามอาการ ๒ เดือน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลก่อนตรวจ

๑. ไม่สุขสบายเนื่องจากมีอาการปวดศีรษะ
๒. เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำ
๓. มีอาการหูแว่วเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลขณะตรวจ

๑. ผู้ป่วยมีความเครียดวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย
๒. ผู้ป่วยไม่เข้าใจวิธีการใช้ยารับประทานยาอย่างถูกต้อง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลหลังตรวจ

๑. อาจเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค
๒. ครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ขั้นตอนการดำเนินการ

๑. ศึกษาและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับอาการสำคัญ กลไกการบาดเจ็บ การตรวจร่างกาย การซักประวัติ พร้อมทั้งประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการตรวจวินิจฉัย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
๒. ศึกษาค้นคว้าข้อมูลทฤษฎีจากตำราเอกสารวิชาการ วารสาร และงานวิจัย ปรัชญาแพทย์ผู้รักษา
๓. ข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ วางแผนการพยาบาลตามกระบวนการการพยาบาลอย่างครอบคลุม
๔. ปฏิบัติการพยาบาลและประเมินผลการพยาบาลตามแผนการรักษาแบบองค์รวม

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)

๑. ผู้ป่วยรู้สึกสุขสบายขึ้น อาการปวดศีรษะทุเลาลง จากการพูดคุย ผู้ป่วยแจ้งว่ามีปวดศีรษะนานๆครั้งเป็นช่วงสั้นๆไม่ต้องรับประทานยาแก้ปวด
๒. ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายและพยายามฆ่าตัวตายซ้ำจากการประเมินภาวะซึมเศร้า ด้วยแบบประเมินซึมเศร้า ๒ คำถามไม่พบความเสี่ยง และจากการพูดคุยซักถามอาการเรื่องความคิดอยากทำร้ายตนเอง ผู้ป่วยปฏิเสธ
๓. ไม่พบการอยากทำร้ายตนเองหรือผู้อื่นจากการพูดคุย อาการหงุดหงิดลดลง ไม่มีการทำร้ายด้วยการตีปาเวลาหงุดหงิด
๔. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเข้าใจแนวทางการดูแลรักษาและการปฏิบัติตน
๕. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจวิธีการรับประทานยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษาสามารถบอกถึงวิธีการใช้ยาได้

๕. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ) (ต่อ)

ถูกต้องตามแผนการรักษา และบอกว่าจะมาพบแพทย์ตามนัดเนื่องจากแพทย์ต้องติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง หลังจากการใช้ยา และถ้ามีอาการผิดปกติให้มาพบแพทย์ก่อนนัด

๖. ไม่พบการกลับเป็นซ้ำของโรคไม่พบอาการหูแว่วหรือภาพหลอน นอนหลับได้จากประวัติและคำบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติ และจากการประเมินระดับความรุนแรงของโรคด้วยแบบประเมิน OAS = ๐ คะแนน

๗. ครอบครัวทราบและเข้าใจกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือ

๖. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

๑. เพิ่มคุณภาพการให้บริการทางการแพทย์ การศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

๒. เพิ่มพูนความรู้แก่ผู้ศึกษาเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า

๓. เพื่อนำไปวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

๔. ผู้ป่วยและญาติเกิดความพึงพอใจและได้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำ

๗. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ผู้ป่วยที่ศึกษา อายุ ๓๕ ปี มีประวัติป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่อายุน้อยการพยากรณ์โรคไม่ดีและมีประวัติเคยกินยาเกินขนาด มีความคิดอยากทำร้ายตนเองมาก่อน ทำให้มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายซ้ำ และจากประวัติผู้ป่วยมีอาการหูแว่วหวาดระแวงคิดว่าคนข้างบ้านนินทาเป็นระยะ ทำให้อาจเกิดการกลับเป็นซ้ำของโรค

๘. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

ปัญหาสัมพันธ์ภาพในครอบครัว การสื่อสารในครอบครัวของผู้ป่วยและปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผลการดูแลรักษา

๙. ข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการส่งต่อทีมหมอครอบครัวในการติดตามต่อเนื่องที่บ้าน

๒. ควรมีการส่งต่อเครือข่ายในการช่วยเหลือตามปัญหาอื่น ๆ ที่พบนอกเหนือด้านสาธารณสุขเช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ

๑๐. การเผยแพร่ผลงาน

ยังไม่ได้เผยแพร่ผลงาน

๑๑. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี)

นางสมนึก ดากล่อม สัดส่วนของผลงาน ๑๐๐ %

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *สมนึก ดากล่อม*

(นางสมนึก ดากล่อม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) *27* *ธ.ค. 2566*

ผู้ขอประเมิน

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวเป็นความจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสมนึก ดากล่อม	สมนึก ดากล่อม

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) *พิชชดา*
(นางพิชชดา วิทวัสสำราญกุล)
(ตำแหน่ง) หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด
(วันที่) 27 ธ.ค. 2566
ผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแล

(ลงชื่อ) *จิรายุ*
(นายจิรายุ เล็กพิทยา)
(ตำแหน่ง) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์
(วันที่) 28 ธ.ค. 2566
ผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป

(ลงชื่อ) *พิเชษฐ*
(นายพิเชษฐ พัวพันกิจเจริญ)
(ตำแหน่ง) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
(วันที่) 28 ธ.ค. 2566

แบบเสนอแนวความคิดการพัฒนาหรือปรับปรุงงาน
(ระดับชำนาญการพิเศษ)

๑. เรื่องการพัฒนาระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing)

๒. หลักการและเหตุผล

ในสภาพสังคมยุคปัจจุบันพบว่าผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและผู้ป่วยโรคทางจิตเวชมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ในทั่วทุกภูมิภาค จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ โดยเฉพาะโรคจิตเภทและโรคซึมเศร้า ติดอยู่ใน ๓๐ อันดับโรคของรายงานอันดับโรค OPD ที่พบป่วยโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี เมื่อดูจากสถิติย้อนหลัง ๓ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ พบโรคจิตเภทมารับบริการจำนวนครั้ง/จำนวนคนดังนี้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๖,๕๓๘/๘๘๙ ครั้ง/คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๖,๗๘๒/๑,๑๑๘ ครั้ง/คน และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๖,๒๔๘/๑,๐๒๒ ครั้ง/คน โรคซึมเศร้ามารับบริการจำนวนครั้ง/จำนวนคนดังนี้ ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ จำนวน ๔,๐๖๘/๙๑๑ ครั้ง/คน ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ จำนวน ๔,๙๕๗/๑,๑๑๘ ครั้ง/คน และปีงบประมาณ ๒๕๖๖ จำนวน ๕,๐๖๕/๑,๑๘๔ ครั้ง/คน เพื่อเป็นการลดการแออัดและเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวกยิ่งขึ้น กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดได้จัดทำโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ส่งผู้ป่วยที่อาการคงที่แล้วและจำเป็นต้องรับการรักษาต่อเนื่องไปยังสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน (รพช./รพ.สต.) สถิติผู้รับบริการยาชมรมใกล้บ้าน ใกล้ใจย้อนหลัง ๓ ปี ปีงบประมาณ ๒๕๖๔ - ๒๕๖๖ จำนวน ๖๑๒ คน , ๖๕๒ คนและ ๖๕๓ คนตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเวชที่กลับไปรับยาชมรมใกล้บ้าน ใกล้ใจ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติดโรงพยาบาลพระจอมเกล้าจังหวัดเพชรบุรี จัดยาส่งไปให้รพช./รพ.สต.ตามรายชื่อและอาการที่พื้นที่แจ้งมาโดยผู้ป่วยไม่ต้องเดินทางมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี

เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของจังหวัดเพชรบุรีอย่างมีประสิทธิภาพ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาระบบการพยาบาลทางไกล (tele-nursing) สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลต่อเนื่องและเหมาะสม เกิดประโยชน์สูงสุดของผู้รับบริการ

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด ได้จัดทำโครงการใกล้บ้านใกล้ใจขึ้นเมื่อ พ.ศ. ๒๕๕๑ เพื่อให้บริการแก่ผู้ป่วยนอกสามารถรับยาต่อเนื่องที่สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ จิตเวชสัญจร โดยทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ออกตรวจผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชน ภายในจังหวัดเพชรบุรี และการจัดยาจิตเวชที่อยู่นอกกรายการยาจิตเวชพื้นฐาน ๒๔ รายการสำหรับโรงพยาบาลชุมชน ส่งไปให้ผู้ป่วยยังโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สถานคุ้มครองคนไร้ที่พึ่งกุ่มสะแก และผู้ป่วยจิตเวชในเรือนจำ โครงการใกล้บ้านใกล้ใจ เป็นการส่งตัวผู้ป่วยที่อาการคงที่แล้วและจำเป็นต้องรับยาต่อเนื่อง กลับไปรับยาและรักษาต่อเนื่องยังโรงพยาบาลใกล้บ้านเพื่อช่วยลดความแออัดของผู้ป่วยที่มาเข้ารับบริการในโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี และยังช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้น ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) เพื่อให้เกิดการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (Seamless Health Service Network) เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกัน ซึ่งแต่ละจังหวัดต้องมีเครือข่ายบริการระดับจังหวัดที่สามารถรองรับการส่งต่อ (Referral system) ตามมาตรฐานระดับจังหวัดได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งประกอบด้วย แม่ข่าย-ลูกข่าย และเครือข่ายอาจส่งต่อผู้ป่วยไปนอกเครือข่ายเท่าที่จำเป็น

แต่จากการวิเคราะห์และทบทวนการทำงานของคลินิกจิตเวชและการดำเนินงานตามโครงการใกล้บ้าน ใกล้ใจ ซึ่งผู้ป่วยต้องเดินทางมาพบแพทย์ปีละ ๑ ครั้งเพื่อติดตามประเมินอาการ ถึงแม้ว่า ได้จัดกิจกรรมจิตเวชสัญจร โดยทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ออกตรวจผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน

๓. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอและข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข (ต่อ)

พบว่าผู้ป่วยบางคนไม่สะดวกในการเดินทางมาพบแพทย์ ทำให้ทีมสุขภาพจิตของโรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี ไม่สามารถติดตามอาการต่อเนื่องได้

การพยาบาลทางไกล (tele-nursing) เป็นการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการให้บริการทางการพยาบาล เป็นระบบบริการที่พัฒนาขึ้นตามชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) นำมาใช้อำนวยความสะดวกในการสื่อสารด้วยการส่งสัญญาณเสียงและภาพ เพื่อให้บริการทางการพยาบาลร่วมกับการใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล อย่างเป็นองค์รวมและให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยถือว่าเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการช่วยลดความแออัด ลดระยะเวลารอคอยรับยาที่โรงพยาบาลรวมถึงความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการที่โรงพยาบาลและยังช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ห่างไกลได้มีโอกาสเข้าถึงการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมากขึ้นอีกด้วย

ขั้นตอนการดำเนินงาน

๑. ประสานเครือข่ายสุขภาพจิตในพื้นที่แจ้งผู้รับบริการ
 ๒. กำหนดวันเวลาในการให้บริการให้บริการการพยาบาลทางไกล
 ๓. ให้บริการการพยาบาลทางไกลในวันกำหนดนัด
 ๔. บันทึกกิจกรรมพยาบาลในระบบโปรแกรมของโรงพยาบาล
 ๕. รวบรวมรายงาน
๔. ผลที่คาดว่าจะได้รับ
๑. ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องแบบองค์รวม เพิ่มการเข้าถึงบริการมากขึ้น
 ๒. ลดค่าใช้จ่ายและความยากลำบากในการเดินทางของผู้ป่วย
 ๓. ทีมบุคลากรสุขภาพจิตทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น
 ๔. ลดแออัดใน OPD สุขภาพจิต โรงพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี
๕. ตัวชี้วัดความสำเร็จ
- อัตราความพึงพอใจของผู้รับบริการมากกว่า ร้อยละ ๘๐

(ลงชื่อ) *สมนึก ดากล่อม*

(นางสมนึก ดากล่อม)

(ตำแหน่ง) พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล)

(วันที่) 2/7 ธ.ค. 2566

ผู้ขอประเมิน